

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 51

Travail de la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon

Contribution à l'étude du Prolapsus de l'Utérus gravide
avec ou sans Hypertrophie du Col

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Mercredi 11 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE FAURÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 28 mai 1887, à Toulouse (H^{te}-Garonne)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1912

Contribution à l'étude

du Prolapsus de l'Utérus gravide

avec ou sans Hypertrophie du Col



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 51

Travail de la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon

Contribution à l'étude du Prolapsus de l'Utérus gravid
avec ou sans Hypertrophie du Col



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Mercredi 11 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE FAURÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 28 mai 1887, à Toulouse (H^{ie}-Garonne)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LÉPINE (J).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		X.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESEUR.
Médecine légale		PIVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique.	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle	(Et.) MARTIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND.
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.).
GAYET	VORON	THEVENOT	GUILLEMARD
NEVU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL	LATARJET	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, président ; VALLAS, assesseur ; VILLARD et COMMANDEUR, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A qui je dois tout ; je dédie
ce modeste travail, faible té-
moignage de profonde affection
et de reconnaissance infinie.

A MON FRÈRE, LE LIEUTENANT FAURÉ

de l'Aéronautique Militaire

A MON AMI, LE DOCTEUR XAVIER CAZALAS

A MESSIEURS LES MÉDECINS-MAJORS
MAROTTE, JOB, BILLET ET MAHAUT

Ils ne nous ont ménagé ni leur science, ni leur dévouement. Qu'ils veuillent bien accepter l'hommage de notre plus respectueuse reconnaissance.

A NOS CAMARADES
LES DOCTEURS DUCLUZEAUX, GRIMAL, HOLLIER,
QUEHEILLE ET THIBAUT

Nous n'oublierons jamais ce qu'ils ont fait pour nous. Nous les en remercions bien sincèrement et les assurons de notre vive amitié.

A NOS MAITRES
DES FACULTÉS DE TOULOUSE ET DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Université de Lyon

Il nous a toujours accueilli
avec une extrême bienveillance
et nous fait aujourd'hui le très
grand honneur de présider notre
thèse. Nous le prions de croire
à notre reconnaissance et à
notre profond respect.

AVANT-PROPOS

L'idée première de ce travail nous a été inspirée par M. le Professeur Fabre, c'est grâce aux documents qu'il nous a fournis, aux conseils qu'il nous a prodigués, que nous avons pu mener à bien notre tâche ; nous le prions d'accepter nos plus respectueux remerciements.

MM. les Docteurs Bourrel et Rhenter ont bien voulu s'intéresser à notre travail, nous leur en exprimons notre vive gratitude.

M. le Docteur Mériel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse, a bien voulu nous confier une de ses observations, nous l'en remercions bien vivement.

M. le Docteur Gille, accoucheur des hôpitaux de Toulouse, nous a aidé de ses conseils au début de notre travail, nous le prions d'accepter nos plus sincères remerciements.

Nos maîtres de l'Ecole de Santé Militaire nous ont témoigné la plus grande sollicitude pendant notre

séjour à l'Ecole ; qu'ils veuillent bien accepter l'hommage de notre plus respectueuse reconnaissance.

Que nos camarades de promotion qui récemment encore nous prodiguaient leur dévouement, soient assurés de notre vive amitié.

Historique ⁽¹⁾

Les auteurs anciens paraissent avoir à peu près méconnu le prolapsus de l'utérus gravide ; car on ne trouve nulle part dans leurs ouvrages un exposé scientifique de cette question. La plupart n'en parlent même pas ; quelques-uns la mentionnent en passant, mais les termes peu précis de leur description montrent qu'ils attachaient bien peu d'importance à ce sujet. Les prolapsus vaginaux et rectaux semblent avoir attiré davantage leur attention. Galien cite des cas de ce genre.

Hippocrate parle d'utérus prolabés, mais non gravidés ; pour lui le prolapsus est une complication des suites de couches, la femme s'étant livrée trop tôt à des travaux pénibles.

Aristote paraît avoir mieux connu les prolapsus ; et, ayant remarqué le premier qu'une nouvelle grossesse produit une ascension de l'utérus dans la cavité pelvienne, propose « la conception » comme traitement des prolapsus.

(1) D'après Faivre : Th. Paris, 1890.

Aetius décrit un cas avec François Rousset :

Le moyen âge ne nous apporte aucune connaissance nouvelle, jusqu'à Ambroise Paré. Celui-ci d'ailleurs ne s'exprime ici qu'en termes vagues et confond dans sa description les inversions et les prolapsus. C'est, du moins, l'impression que laisse la lecture de « l'Histoire d'une femme à qui la matrice fut extirpée le jour des Roys 1575 ». Le prolapsus attirait seulement l'attention, la grossesse passait bien souvent inaperçue, même jusqu'à l'accouchement.

Harvey rapporte un cas de ce genre dans ses « Exercitationes de generatione animalium » page 361.

« Une pauvre femme qui gagnait sa vie en lavant du linge, fut atteinte de prolapsus de l'utérus. Sa matrice faisait saillie entre les cuisses de la grosseur d'un poing, et comme elle n'y apportait aucun remède, la maladie augmenta à un tel point de donner l'idée d'un scrotum avec une peau rugueuse et sale.

Dès lors, elle ressentit moins de gêne qu'elle n'en avait éprouvé au début. Cependant elle me demanda conseil. Je l'engageai à garder le lit pendant quelques jours, à amollir par des lotions adoucissantes ses parties dures et à maintenir à l'aide d'un pessaire et d'un bandage son utérus replacé, jusqu'à ce qu'il fut immobilisé par l'usage des remèdes astringents et fortifiants. Elle obtint pendant quelque temps un notable soulagement. Mais la misère força cette femme à reprendre son métier et à revenir à ses occupations habituelles. Elle interrompit son traitement, se tint debout, marcha, et fut atteinte d'une récidive. Elle la supporta avec patience. Son utérus était tantôt en dedans, tantôt

en dehors, le plus souvent pendant la nuit il revenait à sa place normale et y demeurait parfois assez longtemps.

Au bout d'un certain nombre de jours, elle revint me trouver, se plaignant de ce que son utérus ayant augmenté de volume sous l'influence des remèdes et surtout des lotions (c'est du moins ce qu'elle croyait) ne pouvait plus être maintenu, remplacé. Je lui prescrivis des onctions dont elle fit usage. Elle put rentrer sa matrice, mais sans qu'il s'en suivit un soulagement durable ; car bientôt elle se leva, reprit ses occupations et aussitôt l'utérus se prolaba de nouveau et vint par son volume et son poids lui causer de la gêne. Il pendait jusqu'au milieu de la cuisse, de sorte que je diagnostiquai une hernie utérine comprenant non seulement le vagin, mais aussi la matrice prolabée.

Enfin cette tumeur remittente acquit le volume d'une tête humaine et pendit jusqu'aux genoux. Elle provoquait alors de la douleur et empêchait la marche, possible seulement quand le corps était courbé en avant. Elle s'entrouvrit à sa partie inférieure où se fit une ulcération d'où s'écoulait de l'humeur et de la sanie.

Ayant examiné cela, mais sans toucher la tumeur, je craignis qu'il se fut trouvé un chancre ou un cancer de l'utérus et je songeais à en faire la ligature et l'ablation. En attendant, je conseillais à la femme de calmer la douleur par des lotions tièdes. Mais la nuit suivante, un enfant mort, parfaitement formé et de longueur normale, fut expulsé de cette même tumeur et me fut apporté le lendemain. J'en pensai devoir noter ici de

quelle façon la matrice seule a produit l'accouchement et a expulsé le fœtus par son seul effort. »

A partir du xvii^e siècle, des auteurs citent dans leurs ouvrages des cas assez nombreux (Mauriceau, Portal, Deventer, etc., etc.).

En 1860, Huguier différencie du prolapsus de l'utérus un état particulier dans lequel le col vient faire une saillie plus ou moins grande dans le vagin ou même en dehors, sans que le fond de l'utérus ait quitté sa place habituelle ; la partie inférieure du col se déplace seule par suite de l'allongement hypertrophique de quelqu'une de ses parties. Le col peut présenter aussi un allongement œdémateux (Gueniot).

Schultze, dans son traité sur les déviations utérines, distingue des états mixtes, dans lesquels, par exemple, le prolapsus coexiste avec l'allongement hypertrophique et a aidé à sa production, ou réciproquement.

Hégar et Kaltenbach, dans leur traité de gynécologie opératoire, étudient longuement la question. « Si l'utérus dans son abaissement, écrivent-ils, rencontre des obstacles puissants, l'hypertrophie prédominera, mais si, au contraire, il ne se produit aucune résistance, nous observerons surtout le prolapsus, l'allongement restera au second plan. »

Hüter cite 78 observations de prolapsus d'utérus gravide. Tarnier et Budin étudient la question et communiquent quelques cas. En 1889, Gorodischze réunit 25 observations et, en 1890, Faivre porte ce nombre à 105.

De nos jours, le prolapsus de l'utérus gravide ne

constitue plus une rareté clinique, et les revues d'obstétrique en font assez souvent mention.

Nous diviserons notre travail en six chapitres, et nous envisagerons successivement :

- 1° L'étude anatomique des prolapsus ;
- 2° L'étiologie, la pathogénie et le mécanisme ;
- 3° Les symptômes et le diagnostic ;
- 4° Les observations ;
- 5° L'influence du prolapsus sur la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches ;
- 6° Le traitement.

Nous exprimerons ensuite les conclusions que ce travail nous aura suggérées.

CHAPITRE PREMIER

Etude anatomique des prolapsus

Considérons tout d'abord un utérus grandi en position normale. Pendant les deux premiers mois, la matrice tout en augmentant graduellement de volume, surtout dans des diamètres transverse et antéro-postérieur, reste toute entière dans le petit bassin.

Elle atteint le plan du détroit supérieur à la fin du troisième mois, puis à la fin du quatrième, le dépasse, de telle façon qu'elle peut être aisément explorée par l'hypogastre. Jusqu'à ce moment l'utérus conserve sa position en antéverson-flexion et, quand la vessie est vide on sent la partie antérieure du fond qui paraît reposer sur la paroi vaginale antérieure.

A la fin du cinquième mois il se trouve un peu au-dessous de l'ombilic, qu'il affleure au sixième, pour le dépasser de deux travers de doigt à la fin du septième et s'élever à la fin du huitième à mi-hauteur entre lui et l'appendice xiphoïde. Dans cette seconde moitié de la grossesse la flexion disparaît, l'axe devient plus rectiligne. Mais l'utérus se maintient en légère antéversion, appuyé par son fond contre la paroi abdominale qu'il refoule. Dans la première moitié du neuvième mois le fond atteint son point culminant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, mais dans la seconde moitié il redescend jusqu'à mi-hauteur de la distance xipho-ombilicale, en même temps que son axe s'incline plus fortement en avant.

La paroi antérieure, pendant les trois ou quatre premiers mois, repose sur la face supérieure de la vessie. Puis la partie inférieure seule du corps utérin touche le réservoir urinaire ; sa partie supérieure est au contact immédiat de la paroi abdominale. Dans les derniers mois, quand la vessie est fortement refoulée en bas, elle n'a plus de relation qu'avec le col utérin ; elle perd sa forme particulière, sans doute en raison de l'hypertrophie de sa paroi. Les rapports avec le rectum se modifient d'une façon semblable.

Le colon pelvien et une partie de l'anse sigmoïde restent dans la concavité sacrée, derrière la partie inférieure du col utérin. Les anses grêles sont repoussées, aussi bien en arrière qu'en avant et prennent la place qui leur reste sur les deux côtés de la matrice. Souvent elles sont toutes refoulées d'un seul côté en raison de l'inclinaison para-médiane du fond

L'utérus est au contact, non seulement de la paroi abdominale antérieure, mais aussi de la colonne rachidienne contre laquelle il est placé jusqu'à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire. En ce point il touche la partie transversale inférieure du duodénum et le pancréas. Les anses grêles reposent sur le fond de l'utérus. Le cœcum et l'appendice vermiciforme sont soulevés : le point d'embouchure de l'iléon dans le cœcum se trouve au voisinage immédiat de la paroi de la matrice. A partir du quatrième mois l'utérus gravide remplit tout le petit bassin jusqu'au bord supérieur du psoas ; il touche donc l'uretère, les vaisseaux iliaques externes et internes et leurs ganglions lymphatiques satellites.

Les ligaments utérins s'hypertrophient mais non d'une façon simultanée. Les ligaments larges subissent un travail d'hyperplasie ; toutefois ils ne se dédoublent pas d'une manière complète pour loger l'utérus dans l'écartement de leurs lames. Tant que la matrice reste dans sa position typique, les ligaments ne changent guère de volume ; ils ne commencent à s'hypertrophier que vers le cinquième mois, quand l'utérus s'élève dans l'abdomen ; à partir de ce moment ils grossissent rapidement, leurs éléments élastiques et musculaires s'accroissent d'une façon considérable.

Obliquement dirigés en bas et en avant, ces organes jouent un rôle important comme agents élastiques et contractiles.

Cette description est faite d'après les travaux de Waldeyer. Elle ne répond pas, en bien des points, aux idées des auteurs contemporains. Le désaccord est

surtout considérable au sujet de la hauteur utérine pendant les différents mois de la grossesse. Les chiffres (1) le plus couramment admis aujourd'hui sont les suivants :

à 4 mois et demi	14 centimètres
à 5 mois	16 —
à 6 —	20 —
à 7 —	24 —
à 8 —	28 —
à 9 —	32 —

Considérons maintenant un utérus gravide prolapsé.

Description du Prolapsus

Lorsque l'utérus est situé au-dessous du plan qu'il occupe à l'état normal, on dit qu'il y a prolapsus. Il peut être incomplet ou complet.

On distingue trois degrés au prolapsus de l'utérus.

Dans un premier degré l'utérus est abaissé, mais non encore apparent, il faut pour trouver le col écarter du doigt les parois vaginales.

Dans un second degré, l'utérus est abaissé et apparent ; le col est à la vulve, où il est facile de le reconnaître.

Enfin dans le troisième degré les parois vaginales complètement retournées forment par leur saillie une tumeur volumineuse, au point déclive de laquelle on reconnaît l'orifice du col.

(1) Fabre. Obstétrique, p. 51.

Le prolapsus complet forme une tumeur volumineuse, saillante en dehors de la vulve ; son extrémité inférieure est élargie, elle se rétrécit en haut pour se rattacher à la vulve. Elle est recouverte de toutes parts par la muqueuse vaginale inversée ; cette dernière est sèche, rugueuse, cutinisée, et présente des ulcérations atones et saignantes.

Au pôle inférieur de la tumeur, tantôt en avant, tantôt en arrière, on voit l'orifice du col ; ses lèvres sont effacées et comme absorbées par la distension vaginale.

Tous les organes du plancher pelvien sont plus ou moins modifiés dans leur forme et dans leurs rapports.

Le vagin se dilate à sa partie inférieure et prend dans son ensemble la forme d'un cône à base inférieure.

L'utérus, en même temps qu'il est abaissé, est en général dévié et allongé dans le sens vertical. L'allongement peut porter presque exclusivement sur le col dont les dimensions s'élèvent alors jusqu'à 10 centimètres et plus.

L'hypertrophie du col n'est pas toujours identique ; les divers segments s'hypertrophient inégalement et Schröder a proposé une division qui permet de donner une idée schématique des diverses formes du prolapsus.

Dans les prolapsus sans hypertrophie, le vagin, à peu près totalement inversé, présente à hauteur de la vulve un cul-de-sac circulaire dont la profondeur est sensiblement égale en avant et en arrière.

Dans les prolapsus avec hypertrophie, plusieurs formations se réalisent, qui varient suivant le siège de

l'hypertrophie cervicale. Schröder divise le col en trois portions : une portion inférieure ou intra-vaginale comprise tout entière dans le vagin ; une portion moyenne, qui est intra-vaginale en arrière et supra-vaginale en avant ; enfin une troisième portion comprise tout entière au-dessus du vagin, portion supra-vaginale.

Si la portion inférieure s'allonge seule, l'utérus reste en place ou à peu près ; le col s'abaisse, entraînant faiblement les culs-de-sac vaginaux.

Si c'est la portion moyenne qui s'allonge, le cul-de-sac antérieur descendra en même temps que le col et perdra de sa profondeur ; au contraire le cul-de-sac postérieur restera en place et conservera à peu près sa profondeur normale.

Enfin si l'hypertrophie porte exclusivement sur le segment supra-vaginal du col, les deux culs-de-sac vaginaux descendent également. Le vagin totalement inversé limite en avant et en arrière le prolapsus, constitué seulement par le col allongé, alors que l'utérus est encore dans la cavité pelvienne.

L'hypertrophie et l'allongement du col au-dessus des attaches du vagin avaient été observés et notés isolément par quelques auteurs, mais aucun n'avait songé à lui donner une importance prépondérante dans la pathogénie du prolapsus. Huguier, dans son célèbre mémoire, démontra à l'aide de faits cliniques et de pièces anatomiques que, dans l'immense majorité des cas, ce que l'on avait pris pour des chutes de l'utérus, n'étaient que des allongements du col. « Il y a, dit-il, non pas abaissement ou précipitation ou prolapsus de la

matrice refoulée hors de l'abdomen, à travers l'orifice vulvaire, à la façon d'une hernie, mais bien allongement primitif de la portion sus-vaginale du col qui, s'étant hypertrophiée, et ne pouvant se développer du côté de l'abdomen, vient faire saillie à travers l'ouverture vaginale, entraînant avec elle le vagin et les viscères voisins qu'il y adhèrent plus ou moins intimement ». Avant lui, la chute de l'utérus, n'était que le dernier terme de l'abaissement. Les faits de cet ordre, abaissement sans hypertrophie préalable du col, constitueraient d'après Huguier, la grande exception ; dans l'immense majorité des cas, l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col serait la lésion initiale, engendrant le déplacement réel du vagin et apparent de l'utérus. Huguier indiquait comme traitement l'amputation conoïde du col ; celui-ci étant d'abord disséqué entre la vessie et le rectum, puis sectionné aussi haut que possible.

Si l'on cherche actuellement à apprécier la contribution apportée à nos connaissances par Huguier, on voit que sans savoir la portée excessive qu'il lui a donnée, et que d'autres comme Gallard, lui ont attribuée, elle n'en est pas moins très importante. Au point de vue anatomo-pathologique, il a établi la fréquence extrême de l'allongement hypertrophique sus-vaginal du col dans les prolapsus utérins. Cette hypertrophie, contrairement à son opinion, n'est pas toujours le fait primordial ; elle est le plus souvent une élongation secondaire, due à la traction exercée par le vagin prolabé, et l'hypertrophie n'est elle-même que consécutive à la stase sanguine favorisant la production d'une métrite cervicale parenchymateuse.

Quelle est la nature de l'hypertrophie du col ? Lorsque l'hypertrophie se produit primitivement, quelle est sa cause ? Est-elle le résultat d'une prédisposition congénitale de l'ordre des malformations, prédisposition qui ne manifesterait ses effets qu'au moment du complet développement de l'organe, pendant la suractivité nutritive de la grossesse ? Est-elle, même alors, l'indice d'une métrite parenchymateuse localisée au col ? Il est possible que l'un ou l'autre de ces facteurs, agissent à tour de rôle ou simultanément.

Mais il est des cas cependant où le prolapsus utérin existe seul, sans qu'il y ait hypertrophie du col. La malade qui fait l'objet de l'Observation N° 1 avait un col tout à fait normal. Huguier a voulu généraliser un symptôme qu'on rencontre souvent mais pas toujours.

Considérons maintenant la structure histologique de ces cols hypertrophiés.

Olivier examinant des cols enlevés par Porri en fait la description suivante : « Le col est recouvert d'un épiderme très épais à papilles inégales et profondément coupées. L'épidermisation est incomplète en beaucoup de points. Les cellules du milieu du corps de Malpighi sont, en effet, creusées de grandes vacuoles qui ôtent à cet épithélium toute solidité. On trouve de place en place sous cet épiderme, ou encore à nu par suite de l'élimination des parties profondes, des glandes en grappe à cellules muqueuses, distendues, remplies d'éléments desquamés, mêlés à des leucocytes, et autour de ces glandes des amas de cellules rondes formant de véritables follicules inflammatoires, atteignant le volume des follicules clos ordinaires de

l'intestin. Les artères présentent une endopériartérite énorme et finissent par être réduites à des points fibreux entourés de cellules embryonnaires. Les veines sont transformées en sinus irréguliers à parois épaisses ; les fibres musculaires restantes sont hypertrophiées mais leurs faisceaux ne sont pas abondants. La masse du tissu du col est formée de tissu conjonctif très lâche, œdématié et d'aspect muqueux sur certains points, surtout autour des lymphatiques qui sont considérablement dilatés.

Ce processus inflammatoire paraît donc être la conséquence d'une infection de la muqueuse et des tissus profonds du col.

La vessie est toujours très déformée dans le prolapsus utérin. Elle prend la forme d'un bissac dont une partie reste dans la cavité pelvienne et dont l'autre, située en dessous de l'orifice interne de l'urèthre, permet la stagnation de l'urine. Le fond de la vessie est en bas. Son col regarde en haut.

Le rectum est rarement entraîné.

Les ligaments larges sont allongés, distendus et amincis, ils ont entraîné dans le cul de sac postérieur les ovaires et les trompes et figurent vus par en haut, deux cordes tendues retenant les cornes utérines. Les ligaments utéro-sacrés sont réduits à l'état de bandes-lettes aplaties. Les ligaments ronds sont le plus souvent atrophiés et amincis.

Le périnée est amoindri et la vulve est agrandie.

On note en même temps de la néphroptose, de l'hépatoptose, de l'effondrement de la paroi abdominale.

CHAPITRE II

Etiologie, Pathogénie et Mécanisme

Nous distinguerons deux cas : Dans le premier, le prolapsus existait avant la grossesse ; ses causes pourront être, évidemment, toutes celles capables de provoquer un prolapsus chez une femme vierge ou non enceinte ; dans le second cas, le prolapsus est apparu pendant la gestation ; à toutes ces causes qui restent possibles, viendra alors s'ajouter la grossesse, dont le prolapsus peut être une complication.

On peut diviser les causes du prolapsus utérin en deux classes : 1° causes prédisposantes ; 2° causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — Tout ce qui peut affaiblir l'organisme et atténuer la résistance des organes, devient indirectement une cause de prolapsus. Ainsi agissent les maladies consomptives, la chlorose et

l'anémie : les professions pénibles, la constipation, agissent par les efforts auxquelles elles exposent. Cependant, certaines causes ont une influence plus directe pour affaiblir la résistance du périnée ou la tonicité des organes suspanseurs.

Ce sont les malformations congénitales, la grossesse, l'accouchement, l'involution utérine.

Les malformations congénitales doivent de toute nécessité être invoquées pour expliquer la production du prolapsus génital chez les jeunes filles. On ne sait pas exactement en quoi consiste cette malformation, mais on le suppose : il y a des périnés dont les muscles sont insuffisants. Dans certains cas même, il semble que l'hérédité joue un certain rôle. Doran a, en effet, remarqué que dans les familles de femmes atteintes de prolapsus utérins, il se trouvait aussi d'autres sujets porteurs de prolapsus d'autres organes. Rüter attribue une grande importance à l'inclinaison du bassin : quand le détroit supérieur est horizontal, la pression des viscères se transmet plus directement aux organes du petit bassin et les refoule vers le périnée.

La grossesse par elle-même, surtout les grossesses répétées, par les modifications dont elles s'accompagnent du côté des ligaments suspanseurs, du côté du plancher périnéal, préparent la chute des organes. Elles les habituent à la distension et amènent par là la dénutrition de leurs tissus. C'est pourquoi on voit quelquefois le prolapsus se produire chez une femme en pleine grossesse. Trélat en a rapporté quelques exemples et, tout en reconnaissant le rôle des gros-

resses antérieures pour détruire la résistance du périnée, on peut admettre aussi une modification de ce dernier, sous l'influence de la grossesse en cours.

Mais l'accouchement, par les traumatismes auxquels il expose constitue, en réalité, le facteur étiologique le plus important des prolapsus génitaux. Presque toutes les femmes qui ont un prolapsus ont eu autrefois un ou plusieurs accouchements laborieux au cours desquels elles ont été déchirées. Le simple passage de la tête suffit à produire chez les primipares mal soignées une déchirure ; à plus fortes raisons, les accouchements difficiles et laborieux, ceux qui exposent à des manœuvres complexes, qui sont accompagnés d'application de forceps sont-ils particulièrement néfastes pour la solidité du périnée.

Pendant l'accouchement, il y a un élargissement brusque et violent des voies génitales. L'involution utérine qui se produit ensuite n'est jamais parfaite. Elle est le plus souvent retardée ou troublée par des accidents. Ce sont tantôt des soins insuffisants dans les suites de couches, tantôt des relevailles prématurées. La femme se livre trop tôt à un travail physique fatigant. C'est ce qui explique la plus grande fréquence du prolapsus chez la femme du peuple. De plus, il se produit souvent, pendant l'accouchement, des déchirures siégeant à la commissure postérieure du vagin. Des cicatrices vicieuses se forment, qui laissent l'orifice béant et facilitent la chute de ses parois.

Causes déterminantes. — L'augmentation de la

pression abdominale joue aussi un rôle étiologique. Les influences les plus diverses peuvent la provoquer. Ce sont les amas de liquide dans la cavité péritonéale, les kystes de l'ovaire, parfois très volumineux, les polypes. Toutes ces formations occupent souvent une place relativement grande et rétrécissent d'autant la cavité abdominale.

Mais le rôle prépondérant appartient surtout à l'effort. Trélat a beaucoup insisté sur le rôle et l'importance de l'effort dans l'étiologie des prolapsus. Au moment d'un effort, en soulevant un lourd fardeau, au cours d'une crise de vomissements, les femmes se plaignent d'avoir eu la sensation d'une déchirure, en même temps que le prolapsus apparaissait. Ces prolapsus à début brusque s'accompagnent parfois d'hématomes intraligamentaires, dont la réalité, constatée par Martin, ne laisse aucun doute sur le rôle de l'effort dans leur production. Munde rapporte le cas d'une jeune fille dont l'utérus apparaît à la vulve à la suite d'un violent effort. Dutauzin cite le cas d'une femme qui eut, pendant sa grossesse, un prolapsus en soulevant un lourd fardeau.

Pendant l'effort, il y a abaissement du diaphragme et contraction énergique des muscles abdominaux. L'utérus est abaissé et chassé dans la boutonnière des releveurs. Le mécanisme de production du prolapsus est alors identique à celui d'une hernie. Les deux accidents coexistent d'ailleurs souvent. Courty cite l'observation d'une femme ayant deux hernies inguinales et un prolapsus utérin. Haart désigne le prolapsus sous le nom de hernie sacro-pubienne, en se

basant sur l'anatomie du périnée et du plancher pelvien.

L'effort, suivant sa violence et sa durée, peut amener la production aiguë ou subaiguë du prolapsus. Au moment du travail, les efforts que fait la parturiente amènent souvent la chute de la matrice. Cet accident se produisit 14 fois sur les 78 cas de Hüter, 4 fois sur les 25 cas de Gorodischze.

Tout choc amenant une commotion, comme le cahotement d'une voiture, la danse, le saut, peut être incriminé avec raison dans l'étiologie du prolapsus. Si l'effort est prolongé très longtemps, son action est la même. C'est ce qui se produit chez les femmes ayant une profession les obligeant à travailler debout, les blanchisseuses ou les marchandes ambulantes. Bien souvent même, ces femmes se livrent à des travaux pénibles et à l'action de la station debout, s'ajoute alors celle de l'effort.

La vessie des femmes nouvellement accouchées est souvent parésiée à la suite de compression prolongée pendant le travail, d'où efforts violents pour uriner.

Il en est de même chez les femmes dont le rectum et la vessie restent trop longtemps distendus. L'utérus est alors redressé et la pression, au lieu d'agir sur la face postérieure, exerce son action sur le fond. Si celui-ci est élargi, comme il arrive pendant la grossesse, la force agit plus vivement encore et tend à chasser l'organe dans l'axe du vagin, circonstance éminemment favorable au prolapsus.

Chez les femmes à constitution faible, les grossesses

répétées produisent un amaigrissement notable, avec disparition du tissu cellulo-graisseux du petit bassin.

La multiparité est aussi une cause importante des prolapsus. Sur 37 prolapsus, Hüter en rencontre 27 chez des multipares et 10 chez des primipares. Sur 23 cas, Gorodischze en trouve 21 chez des multipares, 2 chez des primipares.

Quoiqu'il en soit, l'effort à lui seul ne suffit pas. Comme à la hernie, il faut au prolapsus, pour qu'il se produise, un terrain préparé par l'amoindrissement des éléments de suspension et de contention. Tous les prolapsus sont des prolapsus de faiblesse, aidés, hâtés, déterminés, par un effort brusque ou par des efforts répétés.

Suivant la part prépondérante qui revient :

1° Aux ligaments suspenseurs,

2° A l'utérus lui-même,

3° Aux moyens de contention,

dans la pathogénie des prolapsus, Hegar et Segond divisent ceux-ci en trois groupes :

1° *Prolapsus par altération des éléments de suspension.* — Les ligaments suspenseurs, les ligaments larges au moins, n'ont qu'un rôle médiocre dans la statique de l'utérus. Ils n'ont que peu d'influence pour maintenir cet organe dans le plan vertical au niveau qu'il doit avoir et leur extensibilité permet facilement de l'abaisser jusqu'à la vulve. Si leur rôle était prédominant, on devrait voir le prolapsus de l'utérus précéder le prolapsus du vagin ; or, c'est l'inverse qui se produit. Sur 33 observations de prolapsus, Du-

play et Chaput ne trouvent que sept faits dans lesquels il y avait abaissement de l'utérus sans cystocèle.

Un rôle important paraît dévolu aux ligaments utéro-sacrés. Les expériences de Kinvisch, de Savage, de Hergott, ont mis en relief l'énergie avec laquelle ces éléments, lorsqu'ils sont intacts, s'opposent à la production artificielle d'un prolapsus. Schultze leur accorde le rôle prédominant. Il parle d'une « action harmonique » des ligaments utéro-sacrés et des ligaments ronds.

2° Prolapsus par altération de l'utérus. — L'utérus peut être augmenté de poids par la présence d'un ou de plusieurs fibromes. La grossesse agit de même. On s'est demandé si la pression exercée sur la vulve par l'utérus abaissé, ne parvenait pas à la longue à la distendre et si le prolapsus, ainsi commencé, ne pouvait pas entraîner ensuite la dilatation de la vulve et la chute des parois vaginales. Duplay et Chaput ont trouvé, sur 33 femmes porteuses de cystocèles légères, l'utérus pesant 13 fois moins de 50 grammes et 11 fois le poids normal.

L'allongement hypertrophique du col ne semble pas jouer un très grand rôle. Il paraît dû, le plus souvent, à des tractions exercées sur la partie inférieure de l'utérus par le vagin prolabé, alors que les ligaments suspenseurs ont bien résisté. Sous l'influence de ces tractions, l'utérus s'allonge dans la zone la moins résistante et la plus extensible.

3° Prolapsus par relâchement des éléments de

contention. — Le relâchement des éléments de contention est la vraie cause des prolapsus génitaux ; le plancher pelvien est, en effet, le principal élément de fixité du vagin et le principal moyen de résistance de l'utérus.

Quand le plancher pelvien, le périnée, fait défaut, la vulve s'entrouve et les parois vaginales s'écartent. Or, pour que le périnée puisse remplir utilement son rôle de plancher, il doit présenter une résistance et une tonicité telles, qu'il existe un « contact parfait et constant entre les parois vaginales antérieure et postérieure ». Les parois, mal soutenues, tombent les premières, l'antérieure d'abord, puis la postérieure.

Le relâchement des éléments de contention reconnaît lui-même plusieurs causes. D'abord, c'est une disposition congénitale qui prépare le prolapsus, soit par des dimensions trop grandes de la vulve, soit par un défaut de résistance des éléments musculaires et aponévrotiques. Plus souvent la lésion est acquise, cela reconnaît deux ordres de causes : 1° des lésions mécaniques de déchirures, de distension ; 2° des troubles de nutrition des tissus.

Les lésions mécaniques de déchirure ou de distension sont déterminées par des influences multiples. Tout d'abord, la grossesse distend et affaiblit les ligaments, relâche les sphincters, élargit les parois vaginales, laissant dissociée leur adhérence à la vessie et au rectum.

L'accouchement déchire souvent, surtout dans les présentations de l'épaule et les applications de for-

ceps. Malgré une apparence normale, le périnée perd de son épaisseur et de sa tonicité.

Un trouble général de la nutrition peut souvent expliquer seul les prolapsus tardifs. Le ralentissement porte à la fois sur tous les organes, et plus particulièrement sur leurs moyens de fixité.

Tous les organes sont abaissés. C'est ce qui constitue l'entéroptose de Glénard. Dans ces conditions, le périnée, flasque et relâche, ne constitue plus pour l'utérus un soutien suffisant et le prolapsus qui s'en suit, n'est qu'une des multiples manifestations d'une maladie complexe.

Si nous étudions maintenant le mécanisme intime du prolapsus, nous voyons qu'on peut considérer deux cas. Ou bien il est apparu brusquement, et a intéressé simplement l'utérus. Il est dit alors primaire ; ou bien il est venu compliquer un prolapsus vaginal déjà existant, il est dit alors secondaire. C'est ce qui se produit dans la grande majorité des cas.

Il commence par une inversion de la paroi vaginale antérieure, presque toujours à la suite d'un accouchement, quoiqu'on voie cette inversion vaginale exister aussi chez des nullipares, même chez des vierges. La paroi vaginale entraîne le bas-fond de la vessie, de sorte que, dès qu'il y a de l'urine dans la vessie, elle s'accumule dans ce bas-fond prolabé et augmente, par son poids, l'inversion vaginale.

Cette inversion, commencée derrière le méat urétral, atteint bientôt le cul-de-sac antérieur et alors la paroi vaginale exerce une traction sur le col utérin. La résistance que l'utérus opposera à cette traction

dépend de deux facteurs : de sa position et de la solidité de sa fixation par l'appareil ligamenteux. Si l'utérus est en antéflexion normale, sa résistance sera grande ; s'il se trouve en rétroversion, elle sera plus faible. Mais faible ou grande, la résistance existe presque toujours et l'utérus ne suivra pas immédiatement la paroi vaginale. L'effet de la traction opérée par la paroi vaginale antérieure sur le col sera donc d'abord et de toute nécessité, une élongation du col. Ainsi, cette élongation sera plutôt un phénomène passif qu'une hypertrophie, comme le prétendait Huguier.

Suivant le degré de résistance qu'oppose le corps utérin à son déplacement, cette élongation du col sera grande ou petite. La partie intravaginale du col, « *portio vaginalis* », en suivant le mouvement de la paroi vaginale antérieure, entraîne à son tour la paroi vaginale postérieure, dont l'inversion se fait aussi de haut en bas.

C'est par ce mécanisme plusieurs fois répété que se produit l'inversion totale de la paroi vaginale antérieure et une inversion presque totale de la paroi postérieure. L'orifice externe du col utérin se trouve en bas de la tumeur formée par la procidence. Si l'allongement du col est minime, l'utérus descend insensiblement et on peut le trouver presque en totalité dans le prolapsus vaginal.

Quant au prolapsus primaire, il est la conséquence d'une pulsion. Il est le plus souvent consécutif à une augmentation rapide de la pression abdominale ou à un effort.

CHAPITRE III

Symptômes et Diagnostic

On distingue deux catégories de symptômes :

1° Objectifs.

2° Subjectifs.

1° Les *symptômes objectifs*, appelés encore anatomiques, sont différents suivant le degré d'abaissement de l'organe. Celui-ci peut rester tout entier dans le bassin, ou faire issue à l'extérieur. Dans le premier cas, le toucher permet de reconnaître que le col est très abaissé, et plus ou moins rapproché de l'orifice vulvaire, qu'il suffit d'entr'ouvrir pour l'apercevoir ; les culs de sac sont plus bas situés qu'à l'état normal, et si la femme fait un effort, le doigt sent une propulsion de tout l'organe. Par le palper seul, ou combiné avec le toucher, on sent le fond de l'utérus renversé le plus souvent en arrière, et à un niveau inférieur à celui qu'il devrait occuper étant donné l'époque de la

grossesse. En comprimant avec la main abdominale le fond de l'utérus, le doigt vaginal sent le col s'abaisser. Quand le prolapsus paraît à l'extérieur, on voit saillir entre les grandes lèvres, une tumeur ayant la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur.

Un des symptômes objectifs important et qui permet de différencier le vrai prolapsus, de l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col, sans abaissement de l'organe est l'inversion partielle ou totale du vagin. Le vagin inverti forme la surface de la tumeur ovoïde, qui est au dehors des parties génitales. Il existe des plis transversaux de la muqueuse vaginale sur toute sa surface, à l'exception des parties voisines de la vulve où ils sont effacés. La muqueuse est desséchée, l'épithélium a l'apparence de l'épiderme, et conserve une épaisseur assez considérable. Son inversion est le plus souvent incomplète, même dans les grands prolapsus. La tumeur a une couleur d'une rose pâle, quelquefois d'un rouge bleuâtre, à cause d'une gêne dans la circulation veineuse. Elle est plus ou moins réductible : souvent même l'on peut, en exerçant une pression sur l'hypogastre, au niveau du fond de l'utérus, la repousser davantage hors de la vulve.

Malgré que la couche épithéliale soit épaissie, l'irritation extérieure dont il est impossible de la protéger, aussi bien que le contact des urines, et des fécès, manque rarement de produire l'ulcération de sa surface. Elle se manifeste généralement par de larges plaques sur les parties les plus exposées, les côtes à cause du voisinage des cuisses, le bas où les frottements ont

lieu quand la malade est assise ou couchée, et la partie supérieure qu'irrite le passage des urines. Ces ulcérations sont superficielles, irrégulières, à bords élevés, à surface indolente, et présentent peu de tendance à la cicatrisation. Elles ont une sécrétion purulente et une odeur fétide.

L'orifice utérin est presque toujours le siège d'un ulcère ou d'une érosion. Elle peut être très étendue. Le vagin retourné exerce sur la matrice un tiraillement continu, il tend à attirer les lèvres de l'orifice en haut, à les séparer l'une de l'autre, et à renverser en dehors, la membrane muqueuse du canal cervical. L'ectropion peut aller jusqu'à laisser voir l'orifice interne.

Le col est le plus souvent, sinon réellement hypertrophié, du moins œdématié et déformé. Il est le plus ordinairement percevable au doigt. L'utérus se trouve dans le vagin retourné. Si le prolapsus est incomplet, le fond reste encore dans le bassin ou dans l'abdomen, mais n'atteint pas la hauteur d'un utérus arrivé à l'âge présumé de la grossesse.

L'abaissement n'est pas toujours en rapport avec le volume de la tumeur extérieure, ce qui s'explique par l'engorgement et l'hypertrophie du col. Le corps de l'utérus est renversé en arrière, ayant son grand axe suivant la direction de celui du vagin. D'après Schultze, cette rétroversion précède toujours l'abaissement de la matrice, du moins en ce qui concerne l'utérus non gravide. Il peut y avoir, au lieu d'une rétroversion partielle, un léger degré d'antéversion. Il semble que dans cette espèce de prolapsus, la douleur dans le dos et le sentiment de pesanteur, est plus pénible et plus

intense. En résumé l'utérus présente une grande mobilité, au niveau de l'isthme, et peut s'incliner soit en avant, soit en arrière, ou sur les côtés.

La vulve est oedématisée par suite de la compression qu'exerce la tumeur. Les grandes lèvres sont refoulées en dehors, les petites sont quelquefois complètement effacées.

Le périnée paraît diminué dans son diamètre antéro-postérieur. L'anus fait une saillie plus considérable et souvent sa muqueuse fait hernie à l'extérieur.

Le plancher vésical forme derrière le pubis une tumeur molle, arrondie, qui repoussée, procure immédiatement le besoin d'uriner et une miction facile. L'orifice de l'urèthre est le plus souvent caché dans les plis transversaux qui se trouvent à la partie antérieure de la tumeur et dans les parties constituantes de la vulve. La paroi de la vessie est souvent fortement hypertrophiée dans les prolapsus anciens, et la muqueuse atteinte de catarrhe. Les urines s'altèrent, deviennent troubles, filantes, et chargées de phosphates. La pyurie colibacillaire est très fréquente. La stagnation de l'urine dans la partie prolapsée peut amener la formation de calculs. Leur interprétation varie suivant les cas. En effet, les calculs vésicaux étaient-ils le résultat de la stagnation des urines, et de la gêne que le déplacement de la vessie apporte à ses fonctions (Gosselin), ou existant avant le prolapsus utérin, n'étaient-ils pas, au contraire, la cause de la cystocèle, par suite des efforts et des contractions plus grandes et plus souvent répétées, que leur présence a nécessité pour l'expulsion de l'urine ?

A côté des chutes de matrice, on observe souvent des chutes de rectum. A la suite de prolapsus utérins, il se produit dans la portion inversée du vagin, un diverticulum de la partie antérieure du rectum.

2° Les *symptômes subjectifs*, varient suivant que la chute de matrice s'est développée peu à peu, lentement, ou qu'elle a eu lieu tout d'un coup, par suite d'une cause violente, d'une chute ou d'un effort.

Dans le prolapsus lent, les malades ont ressenti avant l'apparition de l'utérus à la vulve, des symptômes qui ont attiré leur attention : gêne, pesanteur, tiraillements dans les lombes, douleurs abdominales, s'irradiant quelquefois du côté des aines, embarras, pesanteur dans l'excavation pelvienne, comme si le contenu était tiré dehors, quelquefois ténésme vaginal, envies fréquentes d'uriner et d'aller à la garde-robe, douleurs dans les points où les nerfs sont comprimés. Chez quelques malades ils peuvent acquérir une intensité considérable, provoquer des symptômes sympathiques du côté des voies digestives, des tiraillements dans l'épigastre, des dyspepsies nerveuses, des douleurs cardiaques, un gonflement météorique des intestins. Les symptômes à longue distance sont peu en rapport avec l'affection. Il y a une diminution notable des symptômes précédents quand les malades sont au repos et surtout couchées, et une augmentation non moins sensible, lorsqu'elles sont debout depuis longtemps, qu'elles font des efforts, qu'elles soulèvent des fardeaux. Les malades éprouvent une sensation qui

leur fait croire que la matrice ou les organes contenus dans le bassin sont sur le point de tomber.

La congestion chronique et les douleurs vagues qu'elle provoque dans la profondeur du bassin, les excitent à pousser, à expulser la tumeur, et peuvent influer sur l'augmentation du prolapsus. Ces divers symptômes, ne sont nullement en rapport constant, avec la gravité et le degré du déplacement ; ils peuvent même manquer complètement, et la malade peut n'éprouver d'autres incommodités, que celles qui sont le résultat mécanique d'une tumeur située en dehors des parties génitales.

L'utérus prolabé gravide reste en dehors de son lieu naturel, jusqu'au 4^e ou 5^e mois de la gestation.

Vers cette époque, vu son accroissement, son volume trop grand pour être contenu dans l'excavation pelvienne, la matrice s'élève au-dessus du détroit supérieur, et la grossesse continue son cours normal. Il peut parfois s'enclaver dans le bassin ; dans ce cas le fœtus peut être expulsé prématurément, ou des accidents d'enclavement parfois très graves peuvent survenir. Les femmes présentent, en outre, un état général inquiétant : élévation de la température, pouls petit, filiforme, anxiété plus ou moins vive. 27 fois sur 89 cas, réunis par Hüler et Gorodischze, la grossesse a continué son cours normal et est arrivée à terme.

Le prolapsus complet peut s'observer dans les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse, alors que l'utérus présente un volume peu considérable. La chute complète au terme de la gestation doit être un fait extrêmement exceptionnel. On en cite pourtant quelques cas (Wurner, Perly, Boulton).



Photographie provenant de la Clinique obstétricale de Lyon.
L'observation, très ancienne, n'a pu être retrouvée.

Les tumeurs situées en dehors des voies génitales et paraissant les avoir utilisées, pour s'épanouir à l'extérieur, peuvent provenir de sources bien différentes. En dehors des organes génitaux, dont elles tirent le plus souvent leur origine, les viscères situés dans leur voisinage, et qui occupent la cavité pelvienne, peuvent à leur tour leur donner naissance. La vessie, le rectum, le vagin, les différentes portions du col de l'utérus peuvent les constituer. Nous les examinerons successivement, et nous essayerons de les distinguer par les caractères différentiels propres à chacune de ces formations.

La cystocèle se présente sous la forme d'une tumeur de dimension variable, saillante à la vulve. Elle est recouverte par la muqueuse vaginale avec ses plis transversaux. Dans les cas légers, ce n'est que dans la situation verticale qu'on la voit paraître à la vulve ou descendre plus bas ; quand le prolapsus est plus marqué, la cystocèle reste visible même dans la situation horizontale. La saillie s'accroît avec l'effort, avec la toux, avec la distension de la vessie. C'est une tumeur molle, fluctuante, arrondie, de couleur violacée. Sa surface se continue par un sillon avec la paroi inférieure de l'urèthre. Pour la découvrir, on engage la femme à tousser, à faire un effort énergique et on voit la paroi antérieure du vagin bomber en avant et déprimer le périnée. Si l'effort cesse, le prolapsus diminue, et la cystocèle remonte. La compres-

sion exercée à sa surface fait écouler l'urine au niveau du méat, et une sonde introduite par cet orifice se promène dans toute l'étendue de la cystocèle, et il est facile de la sentir à travers la muqueuse. Les troubles urinaires sont presque constants. Ce sont des sensations de brûlure vive qui se produisent pendant et à la fin de la miction. Les besoins en général sont augmentés de fréquence, la pollakiurie est surtout diurne, elle diminue par le repos, elle diminue surtout au lit.

Il y a souvent de la cystite concomitante et parfois même la palpation peut décéler un calcul.

La cystocèle est rarement primitive, elle est le plus souvent entraînée par l'utérus et n'est alors qu'une complication du prolapsus utérin. Elle peut même être cachée par ce dernier et passer complètement inaperçue.

La rectocèle est constituée par une tumeur qui présente tous les caractères de la cystocèle, avec cette différence qu'elle siège en arrière. Elle peut être constituée par un simple pli cutané qui disparaît dans le décubitus ou descendre nettement au-dessous du plan de la vulve. Elle constitue une tumeur molle, dépressible, réductible, à moins que des matières ne s'y soient accumulées, elle est alors pâteuse ou dure. Par le toucher rectal, le doigt pénètre immédiatement au-dessus du sphincter, dans un diverticule qui constitue la totalité de la tumeur. En combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on se rend compte de l'épaisseur de la paroi interposée qui est réduite aux deux muqueuses juxtaposées.

Le prolapsus vaginal est formé par une tumeur cylindroïde régulière ; elle est entièrement recouverte de

plis transversaux ; à son extrémité inférieure se trouve un orifice dans lequel le doigt introduit découvre le col utérin.

Une tumeur ovoïde, lisse, régulière à sa surface, peut être constituée par un kyste de la grande lèvre. Elle peut atteindre le volume d'une noix, d'un œuf de poule et quelquefois le dépasser de beaucoup. La tumeur peut être transparente, la fluctuation y est évidente. Elle est mobile sur les parties voisines, la peau et la muqueuse sont mobiles à sa surface. Elle est irréductible. Lorsqu'il existe plusieurs kystes, ils constituent de chaque côté deux groupes de tumeurs à travers lesquels on peut, en les écartant, découvrir l'orifice vaginal.

L'inversion utérine, surtout lorsqu'elle est complète, présente de grandes analogies avec le prolapsus. Parfois elle se produit brusquement, au moment même de l'accouchement, sous l'influence de tractions exercées sur le placenta ; d'ordinaire elle s'installe insidieusement, et ce n'est qu'au cours d'un examen, nécessité par la persistance d'une hémorragie qu'on la reconnaît.

La surface de la tumeur est constituée par la muqueuse intérieure congestionnée. Au toucher, on trouve dans le vagin une tumeur régulière, lisse ou seulement tomenteuse. Elle est dure et peu sensible. La base de la tumeur est située à la partie la plus déclive ; son sommet situé du côté de la vulve correspond à un pédicule étroit qui se continue au niveau du col par une partie rétrécie qui pénètre dans la cavité cervicale. Sur les côtés, on trouve les culs-de-sac vaginaux et les lèvres du museau de tanche. On ne distingue pas

d'orifice à la partie inférieure de la tumeur. L'hystéromètre s'y enfonce plus ou moins suivant le degré de l'inversion ; il s'enfonce souvent à une profondeur inégale en avant et en arrière, lorsque l'inversion n'est pas régulière et que la paroi postérieure s'est plus abaissée que l'antérieure.

Par le palper bimanuel, si on essaye de retrouver le corps utérin dans la cavité pelvienne, on ne constate nulle part sa présence.

Le toucher rectal, combiné au cathétérisme vésical avec une sonde métallique montre qu'au-dessus de la tumeur il n'existe entre le doigt et la sonde aucune interposition et que l'un et l'autre arrivent au contact.

Le diagnostic différentiel avec l'hypertrophie du col est plus difficile ; on confond parfois ces deux affections, elles existent d'ailleurs le plus souvent ensemble et il est quelquefois malaisé de dire laquelle des deux est la primitive, les symptômes particuliers à chacune d'elles s'y retrouvant en nombre égal.

S'il existe seulement une hypertrophie du col dans sa portion vaginale, on constate que le renversement du vagin est à peine sensible et la tumeur très difficilement réductible.

Si l'hypertrophie occupe les deux portions du col, elle est parfois seulement la conséquence de la congestion provoquée par le prolapsus utérin. On peut alors la réduire et la faire disparaître par le repos dans le décubitus dorsal.

Quand, en même temps que le prolapsus, existe une hypertrophie de la portion supravaginale du col, il faut pour faciliter le diagnostic, rechercher l'utérus

par le palper abdominal. Quelquefois cette manœuvre est impossible par suite d'adhérences anormales.

Le diagnostic de prolapsus établi, il faut déterminer s'il y a grossesse ; et dans l'affirmative, déterminer approximativement son âge.

L'augmentation de volume de l'utérus sera facile à constater par le palper abdominal, s'il s'agit d'un prolapsus incomplet et peu considérable. Au fur et à mesure que la grossesse se développe, on peut sentir les parties fœtales. L'auscultation des bruits du cœur fœtal donne la certitude de la grossesse.

On peut avoir affaire à un prolapsus volumineux. Dans ces cas, s'il s'agit d'une présentation du sommet, on peut sentir par le toucher la tête fœtale entièrement enveloppée par la tumeur.

Pour déterminer l'âge exact d'une grossesse dans un utérus prolapsé, on rencontre de grandes difficultés.

Tout d'abord la cessation des règles passe souvent inaperçue. Ces femmes ont le plus souvent des écoulements sanguins plus ou moins irréguliers qui persistent même pendant la grossesse.

Le fond utérin n'occupant pas primitivement sa place normale, son élévation varie avec le degré du prolapsus.

Les utérus prolapsés sont le plus souvent le siège d'une congestion passive ; leur volume est plus considérable que normalement, et dans l'accroissement de volume, il est difficile, surtout au début, de dire quelle part revient à la congestion ou à la grossesse.

Au toucher, le col est dur et turgescent, et ne donne

pas les détails que l'on attendait de sa mollesse et de sa perméabilité.

Pour faire le diagnostic de grossesse, il faudra attendre d'avoir des signes de certitude.

Le pronostic sera, dans la majorité des cas, favorable. Si la réduction est pratiquée dès le début de la grossesse et si la femme reste au repos dans la position horizontale, les complications seront très rares et la grossesse arrivera à terme sans accidents. C'est ce qui arrive chez les malades de la classe riche. Mais si l'on considère des femmes du peuple, obligées de travailler pour gagner leur vie, les chances d'avortement ou d'infection seront plus grandes ; le pronostic deviendra plus réservé.

CHAPITRE IV

Observations prises à la Clinique obstétricale de Lyon

OBSERVATION N° 1

Prolapsus sans hypertrophie, apparu au 5^e mois de la troisième grossesse. Rupture prématurée de la poche des eaux. Infection amniotique à l'entrée dans le service. T° 38°,9. Accouchement spontané. Frisson 3 heures après l'accouchement. Mort par streptococohémie.

B..., femme M..., 33 ans, tisseuse, entrée à l'Infirmierie le 6 mai 1912.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 58 ans de congestion cérébrale. Père mort à 73 ans d'affection inconnue.

Antécédents collatéraux. — 7 frères ou sœurs vivants, bien portants. 4 frères ou sœurs morts en bas âge, 2 d'affection inconnue, 2 à la suite de submersion.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel. Date des premiers pas inconnue. Réglée à 17 ans, régu-

lièrement. Durée habituelle, de 5 à 6 jours. Règles toujours très douloureuses. Pertes blanches très importantes qui tachent le linge en jaune. Pas de maladie de l'enfance. Ne tousse pas habituellement. Jamais de maux de tête ou de gorge. Pas de chute de cheveux.

Grossesses antérieures. — La première grossesse fut normale, sans accidents. La période de travail fut assez longue (25 heures), et la tête semblait arrêtée au niveau du détroit moyen. Au toucher on sentait très bien la petite fontanelle à gauche et un peu en avant et d'après la sagittale on trouvait que la position était intermédiaire entre une gauche antérieure et une gauche transverse. On sentait aussi la grande fontanelle, ce qui prouve que la flexion se faisait mal. Après la dilatation complète du col, on intervient par le forceps (M. Bourret, moniteur de clinique). L'extraction fut assez difficile, nécessita l'emploi de lacs qui se rompirent une première fois et qu'on dût changer. La tête était très serrée dans l'excavation. Les bruits du cœur étaient irréguliers et on dut faire des tractions très énergiques. L'expulsion dura une heure. On ranima l'enfant cyanosé. La délivrance se passa sans particularités spéciales. Le lendemain apparut un thrombus de la grande lèvre droite; il s'ouvrit spontanément 6 jours après et contenait 20 grammes de sang. La cavité se combla peu à peu en 8 jours. L'enfant était mort dès le lendemain avec persistance de la cyanose.

Diamètre de la tête fœtale :

OC : 11,5

S. M. : 13,3

B P : 9,4

S° B : 9,3

Poids de l'enfant. 3.930 gr.

— du placenta 730 gr.

Suites de couches normales.

2^e grossesse. — Accouchement le 29 mars 1911, à la clinique. Normal. A noter : varices assez développées. Du côté du squelette, épines sciatiques très saillantes. Rectocèle et cystocèle.

Diamètre de la tête fœtale :

Occipito frontal : 11,5

Sincipito-mentonnier : 14,5

Bi-pariétal : 9

Sous occipito bregmatique : 8,6

Poids de l'enfant. 3.980 gr.

— du placenta 730 gr.

3^e grossesse. — Dernières règles du 20 au 26 août. Accouchement probable 30 mai.

La grossesse fut assez pénible. Pertes blanches abondantes. Constipation opiniâtre. La malade va à la selle tous les 3 ou 4 jours.

Vers le 5^e mois, dès les premiers mouvements du fœtus, apparition du prolapsus utérin.

A partir de ce moment, la grossesse devient plus pénible ainsi que la marche. Douleurs dans les régions lombaire et hypogastrique. Le prolapsus augmente à mesure que le fœtus grossit. Au mois de février, la malade a eu une perte rouge peu abondante, qui cesse au bout de 4 jours. Le 6 mai, vers trois heures du soir, la malade se présente à la clinique. Elle accuse des douleurs depuis le matin avec quelques contractions. On constate un prolapsus utérin très marqué ; le col fait saillie à la vulve sur une étendue de 5 centimètres. T° : 38°,9. Pouls : 120. On

isole la malade, on lui fait une désinfection vulvaire et on lui administre une potion avec 3 grammes de chloral.

Le 24 mai, la malade fait les eaux toute la journée, elle entre à la salle de travail à 10 heures du soir.

T° 37,1 : Pouls : 108 H U : 27 C O : 88.

Palper. — Tête engagée, dos à gauche, petites parties à droite. Les bruits fœtaux sont bien frappés (140) à 5/7. Le col utérin très œdématié fait saillie à la vulve sur une étendue de 4 centimètres. La lèvre postérieure est beaucoup plus infiltrée que l'antérieure. La malade n'a que de très légères contractions.

A 11 heures, on lui donne 1 gramme de chloral. De 1 heure à 2 heures les douleurs sont un peu plus fortes, mais de courte durée. A partir de ce moment elles apparaissent toutes les 5 minutes. Les contractions deviennent de plus en plus fortes et durent 30 secondes. Le col est œdémateux et a toujours la même situation. Bruits fœtaux : 154.

4 heures. — L'orifice cervical est dilaté à 2 centimètres, la tête est dans l'excavation. La lèvre antérieure remontée sous le pubis tend à disparaître.

5 heures. — Les douleurs apparaissent toutes les 30 secondes et durent de 30 à 40 secondes.

5 heures 30. — La lèvre postérieure du col est seule visible. La malade pousse très fort ; l'expulsion de la tête se fait spontanément. Pas de circulaires autour du cou. La rotation externe de la tête se fait à gauche. A une nouvelle contraction, l'épaule se dégage jusqu'à l'empreinte deltoïdienne on relève légèrement la traction ; le reste du tronc suit sans difficultés.

6 heures. — Naissance d'un garçon vigoureux pesant

2.440 grammes. Instillation au Nitrate d'argent. Ligature. Section et pansement du cordon à l'alcool. Délivrance à la Duncan spontanée immédiatement après l'accouchement.

Poids du placenta 580 grammes

Pouls 108

Perte de sang 20 grammes

Quelques temps après l'accouchement (3 heures environ), la malade fut prise d'un grand frisson avec sensation de froid suivie peu après d'une impression de fièvre.

T° 40°,4.

On la fait descendre à la 2° Infirmerie.

30 mai. — L'état de la malade ne s'est pas amélioré. Sa température après des oscillations très accentuées se maintient autour de 40°. Nouveau frisson. Pouls = 120. On fait une hémoculture. On trouve de la streptococohémie.

Autopsie le 8 juin 1912. — 35 heures après la mort. Cadavre en mauvais état de conservation. Rien de particulier à l'ouverture de la cavité.

Il n'y a de liquide ni dans la plèvre, ni dans le péritoine.

Poids des viscères :

Cœur : 210 sans endocardite

Poumon G : 420

— D : 540

Foie : 2110

Rate : 250

Rein : 170-160

On est frappé par le volume du foie et de la rate. L'utérus est enlevé sans que l'on puisse amener le vagin et la vulve pour vérifier le prolapsus, son volume est moyen. Péritonite pelvienne avec exsudats sur les deux

faces de l'organe, mais lésions légères. Infiltration purulente du ligament large gauche, oedémateuse du ligament large droit. Absès peu volumineux le long du ligament utéro-ovarien gauche, la trompe étant indemne de ce côté, tandis que celle du côté droit est pleine de pus et en laisse sourdre à la pression. L'ouverture de l'utérus montre la muqueuse complètement putréfiée.

On prend pour le laboratoire :

Sérosité des phlyctenès.

Fragments du ligament large gauche.

Fragments de la trompe droite.

Taches inflammatoires du bras.

Les résultats ont confirmé le diagnostic.

OBSERVATION N° 2

Hypertrophie du col avec prolapsus ayant débuté pendant la deuxième grossesse.

Amputation du col dans les suites de couches.

C... Marie, 28 ans, domestique, entrée le 18 mai 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Une sœur et deux frères. La sœur est mariée et a eu deux enfants, dont l'un est mort 15 jours après la naissance. Le second, vivant, actuellement âgé de 8 mois, d'un tempérament chétif.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Conjonctivité dans la suite. Entérite il y a un an.

Réglée à 15 ans, assez régulièrement, quelques pertes blanches peu abondantes. Pas de signes de spécificité nets. Angine et maux de tête qui paraissent sans importance. Perte de cheveux peu abondante il y a un mois.

1^{re} grossesse. — Accouchement avec forceps le 13 avril 1909. La grossesse avait été normale.

2^e grossesse. — Actuelle. Dernières règles le 20 septembre. Accouchement probable le 30 juin. Grossesse pénible. Maux de tête, vertiges fréquents. Pas de vomissements. Le diagnostic de syphilis a été posé d'une façon certaine d'après l'état de l'enfant.

Depuis le premier accouchement, la malade a un prolapsus vaginal pour lequel une opération fut conseillée et non mise à exécution. Elle porta ensuite des pessaires qu'elle ne pouvait pas garder.

Enceinte depuis le mois de septembre dernier, elle voit le prolapsus augmenter progressivement.

Actuellement, on voit une énorme tumeur non violacée qui proémine à la vulve. Les plis transversaux de la muqueuse vaginale sont nets. Il semble que le col lui-même est projeté en avant. Le toucher révèle le col véritable, très profondément situé, très difficilement accessible au fond d'un couloir étroit. La muqueuse est ulcérée autour de l'orifice central ; on remarque un suintement puriforme et surtout glaireux. Il n'existe pas de cul-de-sac entre la tumeur et la paroi antérieure du vagin.

Au contraire, en arrière, un cul-de-sac de 3 à 4 centimètres existe entre la tumeur et la paroi vagino-rectale.

Le 17 mai 1912, M. Bourret, chef de clinique, pratique la réduction du prolapsus.

Le 19 mai, la malade entre à l'infirmierie.

Le 27 mai, la malade qui avait fait les eaux depuis deux jours, commence à présenter des douleurs. L'accouchement se fit peu après dans d'excellentes conditions.

Il est intéressant de noter que le col se dilata sans effacement : lorsque la dilatation fut complète, le col mesurait encore 6 centimètres de hauteur, la lèvre antérieure était refoulée. L'expulsion eut lieu presque aussitôt.

Le soir de l'accouchement, la malade présenta une petite poussée thermique 38°,5. Pouls 90.

Depuis trois jours, la température oscille chaque jour aux environs de 38°. Le pouls tombe à 80.

L'examen des urines montre un léger disque d'albumine.

On lui fait des injections intra-utérine thérébinthées.

Opération. — Après avoir laissé la malade au repos pendant un mois et demi et constaté qu'elle était dans un état satisfaisant, on pratique l'opération le 2 juillet. (M. le professeur Fabre).

Amputation du col sur une longueur de 5 centimètres environ, on unit la muqueuse intracervicale avec la muqueuse vaginale par de nombreux points de suture.

Les jours suivants le résultat fut très satisfaisant. Élévation de température légère. Le col que l'on touche tous les jours avec de la teinture d'iode se cicatrise bien et sans douleurs.

Le 18 juillet, la malade va de mieux en mieux. Son col est bien cicatrisé.

Le 18 août elle a une angine et une congestion pulmonaire sans gravité.

27 août. — Au toucher, la cicatrice du col est constituée par deux lèvres assez régulières avec un orifice assez net.

La malade a eu ses règles deux fois depuis l'intervention.

A la sortie, l'utérus est en bonne attitude, il existe une distance de 1 à 4 centimètres entre l'orifice vulvaire et l'orifice externe.

OBSERVATION N° 3

Prolapsus utérin sans hypertrophie du col, apparu pendant les suites de couches de la deuxième grossesse. Deux grossesses suivantes bien supportées.

Aggravation du prolapsus après la cinquième grossesse. Hystéropexie. Nouvelle grossesse sans complications.

P... Véronique, 38 ans, cultivatrice, entrée à la Maternité le 14 octobre 1912.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Père âgé de 62 ans, mère âgée de 61 ans.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort à 18 mois de fièvre scarlatine, deux frères bien portants, deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein par sa mère ; ignore la date exacte de ses premiers pas.

Réglée à 16 ans, règles irrégulières d'une durée de

3 jours. Abondance moyenne. Les règles revenaient tous les 21 jours.

Dans l'enfance : rougeole.

Dans l'adolescence : anémie à l'époque de la puberté.

Mariée à 28 ans.

Pas de signes de bacillose ni de spécificité.

Pertes blanches abondantes pendant sa dernière grossesse.

La malade est à sa sixième grossesse. Elle a 3 enfants vivants.

Bonne constitution.

Taille : 1 m. 60.

Poids : 61 kg. 800.

1^{re} grossesse. — En 1902. Cette grossesse fut très pénible. La malade souffre très souvent de maux de tête, de ventre. Elle se termine par un accouchement laborieux. Une application de forceps est jugée nécessaire.

Enfant mort-né.

Après l'accouchement, on constate une déchirure peu importante du périnée, ne nécessitant pas de points de suture.

Pas d'infection.

Suites de couches un peu longues.

2^e grossesse. — En 1903. Elle fut moins pénible que la précédente et se termina par un accouchement normal. Enfant bien portant. Pendant les suites de couches, la malade constate qu'elle a un prolapsus utérin apparent, mais très léger. Il est indolore, disparaît complètement dans la position couchée. Réapparaît par intermittence dans la position debout, surtout pendant le travail.

3^e grossesse. — En 1904. Elle fut seulement de 3 mois

et se termina par une fausse-couche. Curettage. La malade ne sait à quoi l'attribuer. Elle n'a pas eu de traumatisme. Le prolapsus est resté très léger, sans aucune aggravation.

4^e grossesse. — En 1906. Elle fut normale, se termina par la naissance d'un enfant bien portant. A noter que le prolapsus avait complètement disparu pendant les derniers mois de la grossesse. Il est réapparu après les suites de couches sans augmentation.

5^e grossesse. — En 1909. Grossesse normale. Elle fut très bien supportée par la malade. Par suite d'un léger degré d'inertie utérine, l'accouchement fut terminé par un forceps. Pas de variations du prolapsus pendant la grossesse. La malade, obligée de vaquer à ses occupations, se lève le 9^e jour.

Pendant qu'elle travaillait, apparaît tout d'un coup dans sa région périnéale une tumeur de la grosseur d'un poing, saillante au dehors de la vulve. Son extrémité inférieure était élargie et se rétrécissait en haut pour se rattacher à la vulve. Elle était recouverte de toutes parts par la muqueuse vaginale inversée. La muqueuse paraissait sèche, mais n'était le siège d'aucune ulcération saignante.

Au pôle inférieur de la tumeur on voyait en avant l'orifice du col, dont les lèvres étaient effacées et comme absorbées par la distension vaginale. La tumeur était réductible, mais elle n'est jamais remontée seule.

Phénomènes douloureux très marqués. La malade ressentait des douleurs dans les aines, avec irradiation dans les reins. Ces sensations s'atténuaient quand la malade était couchée, mais sans jamais disparaître.

Au début, la malade urinait bien. Elle présentait une

cystocèle très légère. Sans que la cystocèle eut augmenté de volume, la miction devint très pénible. Pollakiurie avec sensations de brûlures.

La constipation fut toujours légère, on ne note pas de rectocèle apparente.

La malade eut des douleurs persistantes au niveau de l'estomac, des digestions pénibles. Elle ne vomit pas.

Elle va consulter un médecin qui place un pessaire. Mais le soulagement est peu marqué, le port du pessaire étant très pénible. Après avoir essayé plusieurs modèles sans plus de succès, la malade se décide à une intervention.

Elle entre à l'hôpital St-Joseph au mois d'octobre 1909.

Elle est opérée le 29 octobre par M. le docteur Gouilloux, chirurgien de l'hôpital St-Joseph.

Triple opération.

1^o Ventrofixation, trois points au catgut ;

2^o Colporraphie antérieure ;

3^o Colporraphie postérieure.

L'opération réussit très bien.

Trois mois après apparaît une hernie de la ligne blanche, de la grosseur d'un œuf, disparaissant dans la position horizontale.

6^e grossesse. — Actuelle. Elle a été très pénible. La malade a ressenti des douleurs fréquentes et vives dans le ventre depuis le début de la grossesse. Elle n'a pas eu de vomissements. Elle a senti bouger l'enfant à 4 mois.

Dernières règles : première dizaine de janvier 1912.

17 octobre 1912. — Sur la face postérieure du vagin, la muqueuse forme une sorte de cul-de-sac. A ce niveau, la pression est un peu douloureuse. Au niveau de la co-

bonne antérieure, on sent très nettement la cicatrice opératoire. Au moment des efforts de la malade, il se produit une très légère saillie de cette colonne antérieure.

Col de multipare. — Segment inférieur assez bien constitué, on sent une suture à travers. La tête est amorcée. L'arc antérieur a bonne courbure.

Promonto sous-pubien : 10°9.

Accouchement. — La malade fait les eaux le 19 octobre dans la journée.

Le 20 : mouches et pertes rosées.

Le 21 : premières douleurs à 17 heures.

Entrée à la salle des douleurs. La malade ne dort pas la nuit. Elle accuse des douleurs régulières au début, revenant toutes les 10 minutes, puis toutes les 5 minutes.

Le 21 à 8 heures et demie, la dilatation est à 5 francs. Tête presque engagée. Grande fontanelle à droite.

A 10 h. 15. — Cathétérisme vésical. Pas d'albumine. Bruits du cœur à gauche. Bien frappés.

H. U : 34° : Epaule : 7/10 à gauche.

Rythme des douleurs :

10 h. 12, 1 douleur : 40".

10 h. 28, 1 douleur : 20".

Devant l'irrégularité des contractions, on administre à 10 h. 25 une potion avec 1 gramme de chloral. La malade accuse des douleurs dans les reins.

11 h. 30. — On donne de nouveau 1 gramme de chloral.

13 h. — Toucher. Col complètement dilaté. Bourrelet très marqué sur la lèvre antérieure.

15 h. 8. — La malade a envie de pousser.

15 h. 20. — Bruits fœtaux très bons.

16 h. 30. — Toucher. Tête engagée en O. I. G. T.

bien fléchie. On ne sent plus qu'une lèvre antérieure de 2 centimètres qu'on parvient à refouler.

16 h. 35. — Pouls 96. T° 37°5.

Depuis 11 h. 30, la malade n'a eu que 3 légères contractions.

16 h. 37. — Injection de 0^{cc} 50 de pituitrine.

16 h. 39. — Contraction de 10".

16 h. 43. — Contraction de 22".

16 h. 46. — Contraction de 24".

Jusqu'au moment du dégagement, 17 h. 45, le rythme des douleurs reste légèrement irrégulier. Les contractions se succèdent avec des intervalles de 2', 3', 4', au maximum. La durée des contractions varie de 24" à 48".

17 h. 10. — Contraction de 78".

17 h. 18. — Contraction de 58".

A partir de 17 h. 18 jusqu'au dégagement, la durée des contractions semble vouloir se maintenir autour de 60", tandis que leur rythme garde l'irrégularité qui a suivi l'injection de pituitrine.

17 h. 20. — La saillie de la colonne antérieure du vagin empêche la tête de passer. On cherche à soulever cette colonne avec le doigt. La tête progresse légèrement.

17 h. 34. — La rotation est faite. Pendant une contraction, la tête apparaît à la vulve. Kristheller.

17 h. 45. — Dégagement. Enfant mâle bien constitué. Pas de circulaires. Cordon court, 34 centimètres.

Déchirure superficielle du périnée, 1 centimètre.

H. U. : 21.

Diamètre transverse : 12,5.

Poids de l'enfant : 3.780 grammes.

Longueur : 51 centimètres.

Tête allongée et aplatie, suivant le diamètre transverse.

Diamètres de la tête fœtale :

Bi-pariétal : 9,4.

Sous-occipito bregmatique : 9,6.

Occipito frontal : 12,1.

Sincipito mentonnier : 14,4.

Dépression en gouttière très marquée au-dessus de l'oreille gauche, d'une longueur de 5 centimètres.

Délivrance naturelle à 19 h. 15.

Perte sanguine : 20 grammes.

Placenta complet, circulaire, légèrement marginé. 17/18.

Poids : 480 grammes.

Rupture à 2 centimètres du bord.

Cordon : 34 centimètres.

Membranes complètes. Insection du cordon à 5 centimètres du bord.

Utérus bon.

Pas d'albumine.

Suites de couches normales.

A la sortie, l'utérus est en situation normale. Le périnée est très relâché, Il n'y a pas, à proprement parler, de prolapsus vaginal.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le docteur Mériel, professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse).

Agnès B..., 36 ans, entre en février à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 22, pour se faire opérer d'un volu-

mineux prolapsus utérin, qu'elle contient à peine à l'aide d'une serviette.

En effet, le prolapsus était de sérieuses proportions puisque, du volume de la tête d'un enfant de 1 an, il pendait en battant de cloche jusqu'à mi-cuisse.

Il avait débuté à l'âge de 14 ans, à la suite d'un effort violent pour soulever un fardeau ; la malade avait ressenti « une déchirure intérieure » et, petit à petit, les parois vaginales d'abord, puis le col utérin, auraient apparu à la vulve. Rapidement le col utérin avait franchi l'orifice vulvaire et s'était maintenu en dehors d'une façon constante ; le prolapsus était du volume du poing au moment de son mariage, à 21 ans.

J'insiste sur ce début brusque chez une jeune fille, à la suite d'un effort et sur les progrès rapides de ce prolapsus. C'est là le fait des prolapsus primitifs, cédant à une pulsion dont rien n'arrête les effets. Cette évolution rapide devait amener les graves conséquences dont je vais parler.

Il est vrai d'ajouter que ce prolapsus était parfaitement réductible, au moment de son mariage et que ce caractère avait permis les rapports sexuels.

Quelques mois après son mariage, Agnès B... devient enceinte. Ignorante des conséquences de ce prolapsus dans son état de gestation, elle continua ses occupations, se contentant de maintenir tant bien que mal son prolapsus à l'aide d'une serviette. Plutôt mal que bien, semble-t-il, puisque le prolapsus, en dépit de cet artifice, s'accroissait à mesure qu'approchait le terme de cette grossesse, normale par ailleurs.

A terme, le prolapsus était devenu irréductible et la

malade m'affirma qu'elle avait accouché ayant sa matrice complètement hors du bassin, entre ses cuisses.

Le fait m'ayant paru par trop exceptionnel, d'après ce que je savais de l'opinion classique, je résolus d'en appeler au souvenir de la sage-femme qui avait fait l'accouchement. Je pensais que l'anomalie avait dû tellement la frapper, qu'elle pourrait en avoir gardé la fidèle mémoire : j'allai donc l'interwiever. Mes pressentiments ne m'avaient point trompé ; elle put, sur mes questions, reconstituer l'accouchement dans tous ses détails. Je reproduis son récit.

La sage-femme avait été mandée alors que la poche des eaux était déjà rompue. Grande fut sa surprise quand elle découvrit la malade et vit cette tumeur énorme et fortement congestionnée pendante entre les cuisses. Elle se rendit compte que tout l'organe n'était pas hors de la vulve ; le col et une partie du corps seuls, étaient là sous ses yeux, le reste de l'utérus était dans le bassin. Je reviendrai plus loin sur cette importante constatation.

Quoi qu'il en soit, la sage-femme reconnaît que le fœtus se présente par l'épaule en acromio-iliaque droite, variété cubitale, c'est-à-dire, le membre supérieur appliqué contre le tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras. Le travail durait déjà depuis longtemps, le fœtus donnait des signes indiscutables de souffrances et les contractions s'épuisaient.

La version par manœuvres internes s'imposait.

Mais, au préalable, la sage-femme eut l'ingénieuse idée de s'opposer à la sortie du corps utérin en bloc que cette version pouvait entraîner ; aussi fit-elle, en enroulant une serviette suivant son grand axe, une sorte d'appareil de contention placé au ras de la vulve, tout autour de la

masse utérine prolapsée, pour s'opposer à l'issue du reste du corps utérin. Les deux chefs de la serviette enroulée furent confiés à deux femmes du voisinage, qui résisterent aux tractions qu'opérait la sage-femme pour extraire le fœtus. Cet artifice, imaginé sur le champ, eut le plus heureux effet, puisque l'extraction fœtale se fit sans issue de l'utérus.

La version avait duré en tout 18 minutes ; le fœtus extrait, de volume normal, était déjà mort. Les manœuvres d'usage furent employées pour le ranimer.

La délivrance, tardant à se faire, fut effectuée artificiellement. Pas d'hémorragie.

Après un lavage intérieur de l'utérus, celui-ci est légèrement réduit et maintenu ainsi par un tampon et un bandage.

L'accouchée est placée en position déclive, tête basse, pendant 2 ou 3 jours. Chaque jour, et suivant les effets de l'involution utérine, le prolapsus est peu à peu réduit par la sage-femme. Suites de couches sans incident.

La malade se lève dix jours après. Mais son prolapsus se reproduit. Toutefois, la femme n'en a cure. Elle se borne à le réduire à l'occasion des rapports sexuels.

Trois ans après, deuxième grossesse. Pour éviter la reproduction du prolapsus et de ses inconvénients au moment de l'accouchement, la sage-femme engage la femme à garder le repos au lit dès le deuxième mois de sa deuxième grossesse. Le prolapsus est réduit par le taxis et maintenu par un pessaire et plus utilement par un tampon de coton, le tout fixé par un bandage en T.

La malade, désirant vivement une meilleure issue de sa nouvelle grossesse, se soumet fidèlement à ce traitement

pendant trois mois, au bout desquels l'utérus maintenu pelvien peut alors monter dans l'abdomen, y prendre son développement habituel, lequel s'oppose ainsi à son prolapsus.

La grossesse est menée à terme, sans incident ; accouchement normal, présentation céphalique, enfant vivant de 3 kilos environ. Cet enfant est actuellement une jeune fille de 14 ans. Les suites de couches furent normales. Plus de nouvelle grossesse.

Mais dès son lever, la malade a vu se reproduire rapidement le prolapsus ; elle a négligé de le réduire ; il s'est, par suite, accentué chaque jour ; c'est une tumeur piriforme qui pend hors de la vulve béante.

De plus, des douleurs étaient ressenties dans les annexes gauches ; des lésions d'endométrite catarrhale étaient évidentes au niveau du col fortement hypertrophié, épaissi, ulcéré. Les lésions habituelles de cutinisation de la muqueuse vaginale se montraient à des degrés divers sur la tumeur prolabée. De même les troubles mictionnels devenaient manifestes et permanents.

C'est pour ce prolapsus énorme et devenu irréductible, que Agnès B... entra, en février 1900, dans le service de mon maître Chalot, dont j'étais le chef de clinique.

Mon maître, après avoir fait réduire en partie ce prolapsus, par un taxis forcé sous chloroforme, essaya d'attirer l'utérus par l'abdomen pour le fixer — selon une technique personnelle — au-dessus du pubis. Ce procédé lui avait, paraît-il, réussi une fois pour un prolapsus de bien moindre volume ; dans le cas actuel, il échoua parce qu'il ne put saisir l'utérus, caché par un feutrage d'adhérences solides, témoignage des poussées inflammatoires

utéro-annexielles pendant plusieurs années. Le ventre fut refermé. Trois semaines après, le professeur Chalot me chargea de faire à cette malade une hystérectomie vaginale. Celle-ci fut particulièrement laborieuse, à cause des adhérences de toutes sortes, à la vessie, au rectum, au péritoine. Le morcellement me permit cependant d'en venir à bout, l'utérus fut enlevé en totalité. Les suites opératoires furent excellentes.

Restait à compléter cette hystérectomie par une large colpo-périnéorrhaphie. Mais la malade, lasse de ces interventions ou tentatives diverses, quitta brusquement l'hôpital.

Je l'ai revue depuis, tout récemment encore, et chaque fois je lui fais comprendre les conséquences de sa sortie prématurée. Elle a, en effet, un prolapsus vaginal (cystocèle et rectocèle), parce qu'elle ne m'a pas permis de refaire son périnée. Il n'aurait été qu'une imparfaite et peu solide barrière peut-être, malgré mon opération, si j'en juge par l'éventration complète de sa cicatrice abdominale, ce qui traduit une laxité des muscles et des aponevroses. Quoi qu'il en soit, elle a encore un prolapsus vaginal du volume d'une petite pomme et une éventration abdominale. C'est une prédisposition aux ptoses, aux relâchements musculaires dont son prolapsus utérin a été la manifestation la plus curieuse.

CHAPITRE V.

Influences du prolapsus sur la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches

Nous allons chercher brièvement l'action du prolapsus sur la grossesse, sur le travail, l'accouchement, et les suites de couches.

Un prolapsus peu volumineux ne constitue pas un obstacle à la grossesse. Dans le cas où la tumeur est plus considérable, la fécondation n'est pas altérée si la tumeur a pu être réduite, et si elle n'a pas de tendances à quitter de nouveau l'excavation.

Si la réduction est faite dès les premiers mois, elle a une influence heureuse sur la gestation. La grossesse arrive à terme sans accidents. Il peut arriver cependant que l'avortement soit la conséquence de la réduction ; cet avortement est le plus fréquent lorsqu'on réduit la tumeur vers le deuxième mois.

Il se produit dans un cinquième des cas.

Sans être réduit, le prolapsus est souvent bien supporté ; il ne procure d'ordinaire que des souffrances locales, dues à la procidence de la tumeur.

Le prolapsus peut aussi survenir pendant la grossesse. Plusieurs cas peuvent se présenter.

Le prolapsus primitivement réduit se reproduit ; c'est d'ordinaire sous l'influence d'un effort qu'il réapparaît. Son maximum de fréquence est au 1^{er} mois ; mais on peut le rencontrer au milieu ou même à la fin de la grossesse.

Il peut être augmenté ; à chaque nouvelle grossesse, on constate une aggravation.

Le prolapsus peut aussi se réduire spontanément ; les dimensions de l'utérus augmentent, le corps de la matrice s'élève dans la cavité pelvienne et ne peut plus descendre au-dessous du détroit supérieur. C'est vers le sixième ou le septième mois, que l'ascension utérine se rencontre le plus fréquemment.

Enfin le prolapsus peut réapparaître sans augmentation ; la grossesse n'a fait que le reproduire sans l'aggraver.

En ce qui concerne le travail, il est ordinairement plus long. Il peut résulter parfois à la longue de l'inertie utérine ; les contractions du début sont très violentes. Si le prolapsus est considérable on peut les apercevoir ondulant la surface de la tumeur.

Le col utérin est souvent rigide ; l'orifice utérin rencontre de grandes difficultés à sa dilatation.

C'est la longueur de cette dilatation qui est la cause de la durée prolongée du travail. A ce moment, des

complications graves pour la mère et l'enfant peuvent se produire. Le col résiste mal à la poussée, et ses déchirures sont très fréquentes. Si le col est hypertrophié, sa dilatation n'est pas pour cela retardée.

La poche des eaux se rompt quand la dilatation est complète, pendant le travail.

Les présentations sont peu influencées par le prolapsus.

Sur 55 cas, réunis dans une statistique de Faivre, nous trouvons :

Sommet :	45
Siège complet :	3
Siège décomplété mode des pieds :	4
Epaule :	3

Dans nos 3 observations, l'enfant s'est toujours présenté par le sommet.

La vie de l'enfant est souvent compromise ; la mort peut survenir pendant la grossesse, pendant le travail, ou pendant l'accouchement.

Faivre, dans 52 cas, a trouvé 32 enfants vivants et 20 morts.

Les décès se décomposaient de la façon suivante :

Enfants morts pendant le travail.	10
Compression du cordon sur la symphyse	1
Hernie de l'encéphale	1
Sans causes précises.	5

Des complications peuvent survenir pendant la délivrance, mais dans la majorité des cas, celle-ci est naturelle. Il existe parfois des rétentions partielles ou totales des membranes. Les hémorragies sont à craindre,

à cause de l'inertie qui peut apparaître à la suite du travail prolongé.

C'est généralement peu de temps après la délivrance que l'on essaie la réduction, elle est facilitée à ce moment-là, par la dilatation des parties molles.

Les femmes atteintes de prolapsus, sont très exposées à l'infection dans les suites de couches. Aussi la mortalité est-elle considérable ; elle se produit dans la moitié des cas environ. L'écoulement des lochies est beaucoup plus considérable et se prolonge plus que normalement. Leur fétidité est presque toujours à signaler.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement sera d'abord prophylactique. Nous avons vu, dans l'étiologie, que le prolapsus utérin était, non pas toujours, mais dans la grande majorité des cas cependant, une affection consécutive à une grossesse et nous avons montré sa grande fréquence chez les multipares. Il faudra donc, dans ces cas, pour dépister son apparition, faire suivre un traitement approprié aux femmes pendant les suites de couches ou même avant. C'est ainsi qu'on évitera pendant l'accouchement, les déchirures du périnée, qu'on les réparera immédiatement si elles se sont produites. On surveillera avec soin l'involution utérine et on évitera un lever précoce pour les femmes nouvellement accouchées.

Si l'on considère le cas d'une femme qui a déjà un prolapsus et qui devient enceinte, le traitement consistera surtout à éviter l'augmentation de la tumeur. Le

repos complet dans la position horizontale devra être observé jusqu'au delà du cinquième mois. A partir de cette date, la femme pourra se lever en évitant des travaux pénibles. L'utérus est en effet, à ce moment là, situé au-dessus du détroit supérieur et il est très rare qu'il redescende.

Quand le prolapsus existe pendant la grossesse il faut :

1° réduire la tumeur ;

2° la maintenir dans cette nouvelle position.

1° Réduction de la tumeur. — Si l'on essaye de faire la réduction alors que la grossesse est encore peu avancée, l'opération présente peu de difficultés. La réduction peut se faire spontanément.

Pour cela, on fait coucher la malade ; on la place en position déclive, la tête occupant la partie la plus basse. On laisse la malade dans cette position le moins longtemps possible. Dans la majorité des cas, si la tumeur est peu volumineuse, elle rentre d'elle même dans la cavité pelvienne par le fait de son propre poids mais aussi grâce à la contraction ligamenteuse. On peut, pour hâter sa rentrée, laisser tomber sur la tumeur, quelques gouttes d'un liquide froid : il se produit une contraction réflexe qui amène l'ascension de l'utérus.

Cette manœuvre ne réussit pas toujours et si la tumeur est trop considérable, la réduction spontanée est impossible. On essaie alors la réduction artificielle.

La femme étant couchée sur le dos, on diminue le plus possible la pression abominale en fléchissant

complètement les membres ; préalablement on aura vidé la vessie et le rectum.

On saisit la tumeur à pleines mains et on la comprime énergiquement mais sans violence. Pour faciliter sa rentrée, on insinue l'extrémité des doigts entre la tumeur et la paroi vaginale après avoir écarté les grandes lèvres. On essaye alors de faire remonter dans l'excavation pelvienne, l'utérus d'abord, en le refoulant, le vagin ensuite en réduisant son renversement. Dans la majorité des cas, il existe en même temps de la rectocèle et de la cystocèle. On pourra commencer par les réduire et terminer par la réduction utérine.

La position dans laquelle on doit placer la malade varie suivant les auteurs. Brunton et Courty préconisent la position genu-pectorale.

Le succès est presque toujours certain dans les 4 ou 5 premiers mois si la tumeur ne présente pas un volume trop considérable, passé ce délai, il est plus douteux.

Quoi qu'il en soit, on devra toujours faire preuve d'une grande prudence pendant les manœuvres. Si la tumeur présente des parties enflammées et turgescentes, la réduction présente plus de difficultés. Pour faciliter la réduction dans ces cas, on élève la tumeur et on fait des applications froides à sa surface.

Mais il est des cas où la réduction est impossible ; des obstacles insurmontables s'opposent à la réintégration de la tumeur dans l'excavation. C'est ce qui arrive lorsqu'il existe des adhérences péritonéales du fond de l'utérus. Ce sont, pour la plupart, des prolapsus

très anciens qui deviennent douloureux ou qui augmentent sous une influence quelconque.

La muqueuse vaginale peut présenter des ulcérations. Elles ne constituent pas une contre-indication : on doit toutefois leur faire subir, au préalable, un traitement approprié et éviter surtout qu'elles se souillent au contact des urines ou des vêtements.

La tumeur, une fois réduite, aura tendance à se prolaber de nouveau pendant un effort ou même simplement dans la position debout.

Il faut donc essayer de la maintenir en place. Voyons donc comment on peut contenir la tumeur.

Contention de la tumeur. — Les moyens contentifs mécaniques sont constitués par les pessaires. Le nombre et le modèle des pessaires est très variable. Ils sont employés par la plupart des chirurgiens : quelques-uns cependant en condamnent l'emploi. Le pessaire tient lieu, pour eux, de corps étranger et peut provoquer l'avortement.

Dans les cas de prolapsus ancien, l'emploi du pessaire ne présente pas de graves inconvénients. La sensibilité des organes s'est depuis longtemps émoussée et on n'a pas à craindre que le contact des pessaires avec les muqueuses vaginale et cervicale, ou les sécrétions pathologiques auxquelles ils peuvent donner naissance, aient un résultat fâcheux sur la marche de la grossesse.

Dans le cas de prolapsus récent, l'utérus a encore gardé toute son irritabilité et le pessaire, qui pourrait déterminer des contractions utérines, doit être proscrit.

C'est Ambroise Paré qui eut, le premier, l'idée du pessaire, ce fut Mauriceau qui l'appliqua ensuite avec succès. Son emploi est aujourd'hui très répandu. Les meilleurs sont ceux qui prennent leur point d'appui sans provoquer de douleurs et qui peuvent facilement être désinfectés.

Parfois le périnée est trop peu résistant et ne permet pas au pessaire d'avoir une action efficace. Pour le suppléer on emploie alors un coussin périnéal, retenu lui-même par un bandage en T.

S'il se produit des phénomènes graves d'enclavement, et que la réduction soit impossible, il faut pratiquer soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Il peut arriver que le prolapsus se produise au moment du travail ou se reproduise à ce moment là après être resté contenu tout le temps de la grossesse ; on doit tout de même alors essayer de le réduire.

Il est certain qu'alors la réduction présente des difficultés qui peuvent être considérables. On aura à lutter contre l'action des muscles abdominaux et pelvi-utérins. Mais quelle que soit la violence de ces contractions, les tentatives de reposition devront toujours être très prudentes.

Le prolapsus a une tendance à se reproduire avec une très grande facilité. Ce qu'il faut surtout éviter c'est qu'il ne reparaisse pas pendant l'accouchement.

On conseille à la femme de ne pas pousser, mais cette recommandation est le plus souvent illusoire.

On peut diminuer l'intensité des contractions utérines par l'anesthésie chloroformique.

L'utérus une fois en place, et l'on doit essayer tous les moyens afin de l'y maintenir, on place un aide à cheval sur la malade, le dos regardant de son côté. Il saisit la tumeur avec des linges mouillés et il résiste à sa progression sans essayer de la faire remonter (Doleris).

Si la dilatation du col s'effectue lentement on peut la hâter.

On peut employer des injections chaudes ou avoir recours à une dilatation mécanique. Oslander a proposé l'élargissement de l'orifice cervical à l'aide des doigts. Elle est quelquefois inapplicable à cause de la dureté parfois trop grande du col ou de son hypertrophie trop considérable.

Mais l'élargissement du col est souvent suffisant pour permettre l'expulsion naturelle de l'enfant, quelquefois, cependant, il est tout juste suffisant pour permettre l'introduction des cueillers du forceps.

Bien que le travail soit long, si l'enfant ne souffre pas, il n'est point indiqué d'intervenir. On auscultera souvent le cœur du fœtus à ce moment ; mais si des signes de souffrance se manifestent, soit par une diminution des bruits du cœur, soit par l'évacuation de méconium, il faut hâter l'accouchement.

Les moyens qu'on peut employer sont assez nombreux.

Certains auteurs ont proposé de faire des incisions sur le pourtour de l'orifice du col. Elles sont surtout indiquées quand le col est très peu dilatable. Pour les pratiquer, on incise sur une sonde canelée en ayant soin d'écarter au préalable la tête et aussi la vessie. Il

vaut mieux faire un grand nombre d'incisions de dimensions moindres qu'un petit nombre de dimensions plus considérables. L'orifice du col s'agrandit alors de lui-même.

On ne suture pas si les incisions sont nombreuses et de peu d'étendue, mais il faut autant que possible, faciliter la réunion par première intention. On fera de l'antisepsie vaginale et l'on évitera d'avoir des lochies fétides.

Ce procédé a été beaucoup employé autrefois, de nos jours, il devient de plus en plus rare et tend à disparaître.

Si la souffrance de l'enfant est trop vive, on peut employer le forceps ; il faut pour cela que la dilatation soit complète car les tractions n'augmentent pas la dilatation.

D'ordinaire, l'application est facile, on opère à la vue. La difficulté consiste dans la traction. La matrice ne résiste pas et on augmente le degré du prolapsus.

Pour retenir l'utérus, divers procédés ont été essayés ; on peut employer une serviette percée d'un orifice pour laisser passer la tête, ou bien des aides saisissent la tumeur sur les côtés avec des linges mouillés et empêchent sa progression.

Pour introduire le forceps, on peut quelquefois rencontrer de la résistance à cause de l'application étroite de l'utérus sur la tête.

Une fois le forceps introduit, on a pu (Augestein), en refoulant la présentation, reposer l'utérus.

S'il s'agit d'une présentation de l'épaule, on aura recours à la version podalique. Certains auteurs l'ont

même proposée dans la présentation céphalique. Les déchirures sont fréquentes quand on la pratique ; elles peuvent siéger soit au niveau du col, soit au niveau du périnée. Elles sont la conséquence du mauvais état du col et des parties molles.

Si l'enfant est mort on pratiquera l'embryotomie. Celle-ci est encore indiquée dans les cas d'hydrocéphalie ou d'hypertrophie considérable du col.

La délivrance est normale dans la majorité des cas ; il faut avoir soin de vérifier les membranes sans tirer sur le cordon, pour éviter de produire une inversion utérine.

On peut, suivant la méthode de Crédé, faire de l'expression sur le fond de l'utérus qui est accessible au-dessus de la symphyse.

Dans le cas d'hémorragie ou de décollement trop lent du placenta et des membranes, on introduit la main dans l'utérus et on pratique la délivrance artificielle.

Il faut toujours procéder avec douceur et asepsie, car c'est à ce moment, que les chances d'infection sont les plus nombreuses.

Dès que la délivrance est terminée on peut réduire la tumeur.

On procède comme nous avons indiqué plus haut.

On donne à la femme des injections antiseptiques, et on lui fait garder le repos dans le décubitus horizontal.

D'ordinaire, la tumeur se laisse réduire, mais on est parfois obligé d'attendre quelque temps.

Après l'écoulement des lochies, on place un pessaire

et on attend la régression totale. Il faut surtout éviter les efforts et la guérison peut se produire.

Si nous considérons maintenant le traitement éloigné des prolapsus, nous voyons que de nombreuses interventions sont à la disposition du chirurgien, pour éviter que la tumeur quitte à nouveau l'excavation.

Les divers procédés consistent :

1° A constituer un point d'appui inférieur du côté du vagin, de la vulve et du périnée.

2° A soulever l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds.

3° A suturer l'utérus aux parties voisines, par la voie vaginale ou la laparotomie.

Les colpo-périnéorraphies par les procédés de Hegar, A. Martin, Lawson, Tait-Pozzi, Doleris, Emmet, réalisent la première indication.

L'opération d'Alquié-Alexander-Adams, donne de bons résultats dans le second cas.

L'hystéropexie associée à l'amputation du col et aux colporraphies, est le traitement de choix des prolapsus.

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus de l'utérus est une complication rare de la grossesse. Nous en avons rencontré trois cas parmi dix mille femmes enceintes.

II. — Si la malade peut rester dans la position horizontale pendant les premiers mois de sa grossesse, les symptômes s'atténuent. Ces derniers sont plus marqués si la malade se lève et se livre à des travaux pénibles.

III. — Au moment de l'accouchement la rupture prématurée des membranes peut se produire avec tous les accidents qu'elle comporte.

Le col se dilate sans effacement.

IV. — L'infection à travers le col à la vulve se rencontre dans 50 % des cas.

V. — L'amputation du col dans les cas d'hyper-trophie et l'hystéropexie, avec ou sans colporrhaphie antérieure et postérieure, constituent les interventions de choix, lorsque les pessaires ont été employés sans succès, pendant quelques mois après l'accouchement.

Vu :

Le Président de la Thèse,

FABRE.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Pierre AMANEL. — Nouvelles observations sur la pratique des accouchements, 1715, page 90.
- A. AUWARD. — Traité pratique d'accouchements, p. 471.
- BAR-BRINDEAU-CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements, p. 319.
- BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales. Trad. Cornes 1873.
- BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements. T. I, 1844, p. 132-135.
- BERNUTZ et GOUPIL. — Clinique médicale sur les maladies des femmes. Paris 1862, p. 614.
- BERRICK-ZEITSCHR. — F. gyn. und geb. 1878. T. 2, p. 252-266.
- DAVID BERRY-HART. — Edimb. med. Journ. août 1880, p. 102.
- BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale. Paris 1889.
- CHAPUT. — Des prolapsus génitaux. Semaine médicale. Paris 1890, p. 12.
- CHANTEUIL. — Rétroflexion de l'utérus gravide. Archives tocologie. décembre 1869, p. 230 et 271.
- COISNARD. — De l'incontinence d'urine due au prolapsus utérin. Thèse Paris 1895.
- COURTY. — Traité pratique des maladies des femmes. Paris 1881, p. 589.
- CORODISCHZE. — Du prolapsus de l'utérus gravide. Thèse Paris. 1889.
- CORRODI. — Memorie della soc. Med. Chir. di Bologna. Vol. 7, fasc. 3, p. 1259.
- DEMARQUAY et O. SAINT-BEL. — Traité clinique des maladies de l'utérus. Paris, 1876, p. 440-449.
- DE SINETY. — Traité pratique de gynécologie. Paris 1884, p. 592.
- DOLERIS et PICHERRIN. — Introduction à la pratique gynécologique. p. 465-474.
- FAIVRE. — Le prolapsus de l'utérus gravide. Thèse Paris 1890.

- FÉRÉ. — Note sur les lésions urinaires, consécutive à la fuite de l'utérus.
- GALLARD. — Leçons sur les maladies des femmes. Paris 1879. Revue obstétricale et gynécologique. Octobre 1885.
- GOÉNIOT. — Allongement œdémateux du col. Archives de médecine, 1872, T. I, p. 402 et T. II, p. 34.
- HARTNIG. — Med. Zeitung Berlin Jahr, 1849, n. 22.
- HUGUIER. — Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Mémoire de l'Académie de médecine, 1859, T. XXVIII, p. 279.
- HARVEY. — Exercitationes de generatiore animalium, 1737, p. 361.
- HEGAR et KALTENBACH. — Traité de gynécologie opératoire. Traduit par P. Bar, 1885.
- HOWITZ. — Congrès de Copenhague, 1884. T. II. Section d'obstétrique et de gynécologie.
- HÜTER. — (Der Vorfall der gebarmutter bei schwangeren und gebarenden) Monatsschr für geb. 1060, Bd XVI.
— Jahresbericht über die Fortschritte der geburtshülfe und gynecologie. 1908, f. 22, p. 187. 1909, f. 23, p. 79.
- JACQUEMIN. — Manuel des accouchements, 1846, p. 402-407.
- JOULIN. — Traité des accouchements, 1867.
- LABADIE, LAGRAVE et FÉLIX LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1893, p. 475-513.
- LEVRET. — L'art des accouchements, 1766, p. 433-435.
- LISFRANC. — Clinique chirurgicale de la Pitié, 1842, T. III, p. 401.
- MARTIN. — Cure des grands prolapsus génitaux. Revue Chirurgie, 1908.
- MAURICEAU. — Observations sur la grossesse et l'accouchement, T. II, Paris, 1728, p. 6-56-78.
- MÉRIEL. — Société d'obstétrique. Toulouse, 2 juin 1908.
- MUNDE. — Procidence aiguë de l'utérus chez une femme multipare.
- NÉGELE. — Manuel d'accouchement. Traduit de l'allemand, 2^e édition, 1857, p. 153.
- PARÉ. — Edition Malgaigne, vol II.
- PERCY-BOULLOIS. — Brit. méd. Journal, 11 mars 1882, p. 340.
- POZZI. — Traité de gynécologie, p. 317.
- POZZI. — Traité de gynécologie pratique, 1905, p. 666.
- RIBEMONT DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, p. 666-667.
- ROGER (du Havre). — Dystocie par allongement hypertrophique du col de l'utérus, Paris 1877.
- ROUSSET. — Traité de l'hystéiotomotomie, 1581, p. 132.
- SABATIER. — Mémoires de l'académie royale de chirurgie.
- SALMON. — Thèse d'agrégation, Paris 1863.

- SCHRÖDER. — Lehrbuch der Geburts, 6^e édition 1880, p. 385.
SCHULTZE. — Traité des déviations utérines. Traduction Hergott, Paris 1884, p. 338.
SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique ; traduit par Chantreuil, Paris 1874, p. 50.
SPANZEN. — Archiv. f. gyn. 1881. Bd XVII, p. 128.
SPIEGELBERT. — Lehrb. der Geburst 1878, p. 276.
TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements 1886, T. II, p. 216-221.
TARNIER et CAZEAUX. — Traité d'accouchements, Paris 1870, p. 527.
TAGENBURG. — De prolapsu utéri, Berlin 1828.
TRÉLAT. — Annales de gynécologie ; mai et sept. 1888.
VELPEAU. — Traité élémentaire de l'art des accouchements, 1829, T. II, p. 659.
VIOLET. — Formes anatomiques et cliniques des prolapsus. Congrès national de gynécologie d'obstétrique et pédiatrie. Toulouse 22-27 septembre 1910.
VIGNARD. — Etiologie du prolapsus des organes génitaux chez la femme, archives de tocologie, 1889, T. XVI, p. 112.
VOLKMANN. — Sammling clinischer Vortrage, p. 1471-1475.
WALKER. — New-Orléans méd. and surg. Journal parch. 1879, p. 730.
WEBB. — British medic. Journal 1882, T. I, p. 938.
WUMMER. — Medic. Jahrb. des Arztr Staates 1821, VI, Bd 47, Wien.



